



ແຜນຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນບຸກຄົນ (ຜຮສ)

INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP)

ແຜນຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນບຸກຄົນ ຂອງໂຄງການ WorkFirst ສຳລັບ

JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

ຂ້າພະເຈົ້າ ເຂົ້າໃຈດີວ່າ:

- * ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ເຮັດວຽກ, ຊອກວຽກເຮັດງານທຳ, ຫລື ຕຽມຕົວເຮັດວຽກແບບເຕັມເວລາ ຢ່າງໜ້ອຍສຸດ 32 ຊົ່ວໂມງ ຕໍ່ອາທິດ
- * ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ເຮັດວຽກກິດຈະກຳຕ່າງໆຕາມການມອບໝາຍ. ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຮັດ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບໂທດ (ເວັ້ນເສຍແຕ່ກໍລະນີ ທີ່ມີເຫດຜົນຈຳເປັນ), ຊຶ່ງກໍລະນີນີ້ ເອີ້ນວ່າ: ສະພາບຖືກລົງໂທດສະເພາະພາຍໃນໂຄງການ WorkFirst. ຖ້າຫາກ ຂ້າພະເຈົ້າຖືກລົງໂທດ ກໍ່ໝາຍວ່າ:
 - ທຶນຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຈະຖືກລຸດລົງ 40% ຫລື ແບ່ງໃຫ້ກັບຄືນອີ່ມ (ເຖິງວ່າຈະຫລາຍກວ່າແລ້ວກໍ່ຕາມ)
 - ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງປະຕິບັດຕາມ ຜຮສ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງເປັນເວລາ 4 ອາທິດ ຕິດຕໍ່ກັນ ເພື່ອເປັນການຫລຸດພື້ນຈາກໂທດ
 - ພາຍຫລັງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ປະຕິບັດຕາມສິ່ງທີ່ໄດ້ວາງອອກເປັນເວລາ 4 ອາທິດ ຕິດຕໍ່ກັນແລ້ວ, ໂທດຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະຖືກຍົກເລີກ ຊຶ່ງຈະເລີ່ມແຕ່ວັນທີ 1 ຂອງເດືອນຖັດໄປ ຫລັງຈາກການເຂົ້າຮ່ວມວຽກຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນເວລາ 4 ອາທິດ
 - ຄະນະກຳມະການພິຈາລະນາໂທດ ຈະທຳການທົບທວນ ແລະ ອາດປົດສາກກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າລົງ ຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນໄລຍະຖືກລົງໂທດ ເປັນເວລາ 6 ເດືອນ ຕິດຕໍ່ກັນ
 - + ຖ້າກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖືກປົດສາກລົງໂດຍທາງຄະນະກຳມະການພິຈາລະນາໂທດ, ຂ້າພະເຈົ້າ ຍັງຈະຕ້ອງໄດ້ຍື່ນສະມັກ ແລະເຂົ້າຮ່ວມກິດຈະກຳ ເປັນເວລາ 4 ອາທິດ ຕິດຕໍ່ກັນ ກ່ອນທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບເງິນ (ສິດ)
 - + ຖ້າກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫາກໄດ້ຮັບໂທດອີກ, ຄະນະກຳມະການພິຈາລະນາໂທດ ກໍ່ຈະທຳການທົບທວນ ແລະອາດຈະປົດສາກກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າລົງອີກ ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນໄລຍະຮັບໂທດ ເປັນເວລາ 3 ເດືອນ ຕິດຕໍ່ກັນ
- * ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໃຫ້ການຮ່ວມມືກັບທາງພະແນກຊ່ວຍເຫລືອເດັກ ໃນຂະນະທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດຈາກ TANF/SFA, ຖ້າບໍ່ດັ່ງນັ້ນ ຂ້າພະເຈົ້າ ຕ້ອງມີເຫດຜົນພຽງພໍ ສຳລັບການບໍ່ຮ່ວມມື. ການສະສົມປະສົບປະການໃນການຊ່ວຍເຫລືອເດັກທີ່ເປັນຜົນສຳເລັດ ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ອາດຈະຊ່ວຍ

ໃຫ້ຕົນເອງ ກຳຈັດຄວາມຕ້ອງການໃນການຊ່ວຍເຫລືອດ້ານການເງິນອອກໄປໄດ້

- * ໃນຊ່ວງຕະຫລອດຊີວິດຂອງຕົນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບຜົນປະໂຫຍດເປັນເງິນສິດ ຈາກ TANF/SFA ພຽງແຕ່ 60 ເດືອນເທົ່ານັ້ນ, ຖ້າບໍ່ດັ່ງນັ້ນ ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງມີຄຸນນະສົມບັດພຽງພໍ ເພື່ອຈະຂໍຕໍ່ເວລາອອກໄປຕື່ມ
- * ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ນຳໄຊ້ ຜົນປະໂຫຍດເປັນເງິນສິດໄປແລ້ວ ເປັນໄລຍະເວລາ ____ ເດືອນ
- * ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ເຮັດວຽກ, ຊອກວຽກເຮັດງານທຳ, ຫລື ຕຽມຕົວເຮັດວຽກແບບເຕັມເວລາ ຢ່າງໜ້ອຍສຸດ 32 ຊົ່ວໂມງ ຕໍ່ອາທິດ
- * ຖ້າຫາກ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດເຂົ້າຮ່ວມໃນວຽກກິດຈະກຳຕາມທີ່ໄດ້ກຳນົດໄວ້, ຂ້າພະເຈົ້າຈະໂທຫາຜູ້ຮັບຜິດຊອບ ຕາມເບີໂທຂ້າງລຸ່ມນີ້
- * ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ເຮັດວຽກກິດຈະກຳຕໍ່ໄປນີ້ (ເປັນຈຳນວນເວລາໃດໜຶ່ງ) ໃນແຕ່ລະອາທິດ ຕາມທີ່ໄດ້ລະບຸໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້:

CW ວຽກງານດ້ານສັງຄົມ (CW – Community Works)

ພາຍໃນວັນທີ _____, ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີເຫັນພ້ອມທີ່ຈະພົບກັບຜູ້ໃຫ້ການປຶກສາຂອງໂຄງການຊຶ່ງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການທີ່ບອກໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນັ້ນ ເພື່ອຈະໄດ້ເວົ້າລົມສົນທະນາກ່ຽວກັບການເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການດ້ານການເຮັດວຽກທີ່ໄດ້ຮັບການສະໜັບສະໜູນຈາກ CTED ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະເຂົ້າຮ່ວມໃນໂຄງການນີ້ຕາມຈຳນວນຊົ່ວໂມງທີ່ຮຽກຮ້ອງຈາກຜູ້ໃຫ້ການປຶກສາຂອງໂຄງການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການ: _____

ທີ່ຢູ່: _____

ຊື່ຂອງຜູ້ຕິດຕໍ່: _____

ນ້ຳເບີໂທລະສັບຂອງຜູ້ຕິດຕໍ່: _____

ຂ້າພະເຈົ້າຈະນຳເອົາບັດປະຈຳຕົວຂອງບ່ອນເຮັດວຽກທີ່ໄຊ້ການໄດ້ນັ້ນມາທີ່ປະຊຸມນຳຜູ້ໃຫ້ການປຶກສາຂອງໂຄງການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ໃນທີ່ປະຊຸມນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຊ່ວຍສ້າງແລະລົງລາຍເຊັນໃນແຜນການ ເຮັດວຽກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະເຮັດຕາມຂໍ້ຮຽກຮ້ອງຂອງແຜນການເຮັດວຽກຂອງຂ້າພະເຈົ້າເປັນເວລາເຖິງຫົກເດືອນ.

ໃນເວລາທີ່ເຮັດຕາມແຜນການເຮັດວຽກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດມາຕາມເວລານັດໝາຍທີ່ກຳນົດໄວ້, ຂ້າພະເຈົ້າຈະໂທຫາຜູ້ເບີໂທລະສັບທີ່ບອກໄວ້ຂ້າງເທິງນັ້ນກ່ອນມື້ໃນມື້ດຽວກັນນັ້ນແລະອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າມາບໍ່ໄດ້.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ໂທເຂົ້າມາກ່ອນມື້ໃນມື້ດຽວກັນນັ້ນ, ມັນຈະຖືວ່າເປັນການຂາດນັດໂດຍບໍ່ໄດ້ຮັບການອະນຸມັດ. ຫາກມີການຂາດນັດໂດຍບໍ່ມີການອະນຸມັດສອງເທື່ອອາດຈະມີຜົນເຖິງການລົງໂທດ.

ການຝ່າກເດັກແລະການໄປມາກໍ່ໄດ້ມີການຈັດການໄວ້ແລ້ວ.

ຜູ້ເກັບກຳເອກະສານຂອງຂ້າພະເຈົ້າແລະຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ທວນຄືນແຜນການນີ້(IRP)ອີກເທື່ອໜຶ່ງບໍ່ເຊົາເກີນ _____.

JAS ID	CASE NUMBER	CLIENT ID
--------	-------------	-----------

ຖ້າຫາກ ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດປະຕິບັດຕາມແຜນຂອງຕົນເອງ ເນື່ອງຈາກມີເຫດຜົນຈຳເປັນ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕ້ອງຕິດຕໍ່ພົວພັນ ແລະທາລີ ຮ່ວມກັບຜູ້ຊ່ຽວຊານ/ພະນັກງານສັງຄົມສົງເຄາະຂອງໂຄງການ WorkFirst ໃນທັນທີທັນໃດ. ຕົວຢ່າງຂອງເຫດຜົນທີ່ຈຳເປັນ ລວມມີ:

- * ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ມາຕາມນັດໄດ້ ຍ້ອນເຈັບເປັນ ຫລື ມາບໍ່ໄດ້ແບບບໍ່ຄາດຄິດມາກ່ອນ ອັນເນື່ອງມາຈາກ ຕ້ອງໄດ້ເບິ່ງແຍງລູກ ຫລືມີບັນຫາທາງພາຫະນະ
- * ຂ້າພະເຈົ້າຕົກຢູ່ໃນສະພາບສຸກເສີນກະທັນຫັນ (ທາງດ້ານຮ່າງກາຍ, ຈິດໃຈ ຫລືທາງອາລົມ)
- * ຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ເຄາະຮ້າຍ ຈາກພາວະ ການໄຊ້ຄວາມຮຸນແຮງພາຍໃນຄອບຄົວ
- * ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດຊອກຫາບ່ອນຝ່າກ/ດູແລເດັກ ສຳລັບເດັກຕໍ່ກວ່າ 13 ປີ ໃນລາຄາສົມເຫດສົມຜົນ ແລະເໝາະສົມ ຢູ່ພາຍໃນພື້ນທີ່ຂອງຕົນເອງ
- * ຂ້າພະເຈົ້າມີບັນຫາທາງກົດໝາຍຢ່າງກະທັນຫັນ
- * ຂ້າພະເຈົ້າມີຄວາມພິການ ຫລືມີສະພາບໃດໜຶ່ງ ທີ່ເຮັດໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດປະຕິບັດໄປຕາມຄວາມຕ້ອງການຂອງໂຄງການ, ຫລື
- * ຂ້າພະເຈົ້າເປັນຜູ້ໃຫ້ເງິນ ທີ່ມີຄວາມພິການຢ່າງຮຸນແຮງ ແລະຊຳເຮື້ອ
- * ຂ້າພະເຈົ້າຈຳເປັນຕ້ອງຢູ່ເຮືອນ ເພື່ອເບິ່ງແຍງລູກທີ່ມີຄວາມຕ້ອງການເປັນພິເສດ ຫລືເບິ່ງແຍງຜູ້ໃຫ້ເງິນທີ່ມີຄວາມພິການ
- * ຂ້າພະເຈົ້າອາຍຸ 55 ປີ ຫລືເກີນນີ້ ແລະຕ້ອງໄດ້ເບິ່ງແຍງເດັກ ຊຶ່ງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ແມ່ນພໍ່ແມ່ຂອງເດັກ, ຫລື
- * ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງຍື່ນໜັງສືເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຈາກທາງ SSI ພ້ອມດ້ວຍຜູ້ໃຫ້ຄຳແນະນຳຈາກທາງກົມບໍລິການສັງຄົມ ແລະຮັກສາສຸຂະພາບ

ຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນດີກັບແຜນດັ່ງກ່າວນີ້, ຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທີ່ ຈະຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການທົບທວນພິຈາລະນາກໍລະນີຄືນໃໝ່ ແລະ/ຫລື ອຸທອນ. ເພື່ອຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການທົບທວນພິຈາລະນາຄືນໃໝ່ນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຕິດຕໍ່ພົວພັນກັບທາງຫ້ອງການບໍລິການຊຸມຊົນ ຫລືຫ້ອງການບໍລິຫານສຳລັບການອຸທອນ, ກົມບໍລິການສັງຄົມ ແລະຮັກສາສຸຂະພາບ, ຕູ້ ປນ 42488, Olympia WA 985042488, ພາຍໃນ 90 ວັນ ນັບແຕ່ວັນທີລົງລາຍເຊັນໂດຍທາງຜູ້ຈັດການກໍລະນີຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຊຶ່ງຢູ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້. ສຳເນົາແຜນຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນບຸກຄົນໄດ້ມອບໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າເປັນທີ່ຮຽບຮ້ອຍແລ້ວ.

ລາຍເຊັນຜູ້ຈັດການກໍລະນີ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ	ວັນທີ
------------------------	-------	----------------------	-------

ຕ້ອງການຮັກສາເປັນຄວາມລັບ

ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອ ເພື່ອຊ່ວຍໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ ມີຄວາມກ້າວໜ້າໃນໜ້າທີ່ວຽກງານ, ຮັກສາໜ້າທີ່ວຽກງານ, ຮັບໜ້າທີ່ວຽກງານ, ຫລື ປະຕິບັດຕາມແຜນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ຖ້າຫາກຂ້າພະເຈົ້າ ບໍ່ເຫັນດີໃນການຕັດສິນເລື່ອງບໍລິການຊ່ວຍເຫລືອແລ້ວ, ຂ້າພະເຈົ້າອາດຮ້ອງຂໍໃຫ້ມີການທົບທວນກໍລະນີຄືນໃໝ່ ແລະ/ຫລືອຸທອນ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະຖາມໄປຍັງຜູ້ຊ່ຽວຊານ/ພະນັກງານສັງຄົມສົງເຄາະໃນໂຄງການ WorkFirst ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ວ່າ: ຂ້າພະເຈົ້າຍັງຕ້ອງການ-ການບໍລິການຊ່ວຍເຫລືອ ອື່ນໆຕື່ມອີກບໍ່? ເຊັ່ນຕົວຢ່າງ:

- ສ້ອມແປງລົດ
- ຜ້າອອ້ມ
- ໃບອະນຸຍາດ/ຄ່າທຳນຽມ
- ໂລຍະທາງທີ່ຂັບລົດຜ່ານມາ
- ເຄື່ອງນຸ່ງຫົ່ມ
- ຄ່າໂຊ່ຈ່າຍສຳລັບການສຶກສາ
- ຄ່າຕັດຜົມ
- ເຄື່ອງມືໃຊ້ໃນການເຮັດວຽກ
- ຄຳປຶກສາ
- ສຸຂະອານາໄມສ່ວນບຸກຄົນ
- ຄ່າລົດເມ
- ການວາງແຜນຄອບຄົວ

ໃນຊ່ວງເວລາທີ່ຖືກລົງໂທດ, ຂ້າພະເຈົ້າຈະບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການຊ່ວຍເຫລືອ (ເຊັ່ນ: ເງິນ ສຳລັບເຄື່ອງນຸ່ງໄປເຮັດວຽກ ຫລືພາຫະນະໄປວຽກ) ຈົນກວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າຈະເລີ່ມປະຕິບັດຕາມແຜນຄວາມຮັບຜິດຊອບສ່ວນບຸກຄົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າເອງ.

ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈດີວ່າ, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າປະຕິເສດທີ່ຈະຮ່ວມມືກັບທາງພະແນກຊ່ວຍເຫລືອເດັກ (DCS) ໂດຍບໍ່ມີເຫດຜົນຢ່າງພຽງພໍ, ເງິນຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຖືກຫລຸດລົງ. ເຫດຜົນທີ່ພຽງພໍນັ້ນ ໄດ້ແກ່ ໄພຂົ່ມຂູ່ທີ່ເປັນອັນຕະລາຍຕໍ່ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫລືຕົວຂ້າພະເຈົ້າເອງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ: ໃນຊ່ວງເວລາທີ່ຂ້າພະເຈົ້າກຳລັງໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຈາກ TANF ນັ້ນ, ທຸກໆການຊ່ວຍເຫລືອເດັກທີ່ໄດ້ມາຕ້ອງຖືກຮັກສາໄວ້ເພື່ອຈ່າຍ ຄືນໃຫ້ກັບລັດ.

ເມື່ອຂ້າພະເຈົ້າຢຸດຕິ ການໄດ້ຮັບ TANF/SFA, ທາງ ພະແນກຊ່ວຍເຫລືອເດັກ ຈະຮຽກເກັບຄ່າຊ່ວຍເຫລືອເດັກ ແລະສິ່ງໄປໃຫ້ຂ້າພະເຈົ້າ ຈົນກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະບອກໃຫ້ຢຸດເຊົາເອງ. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈ ກ່ຽວກັບເລື່ອງ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫລືອ, ການລົງໂທດ, ແລະການຊ່ວຍເຫລືອເດັກ.

ລາຍເຊັນຜູ້ຈັດການກໍລະນີ	ວັນທີ	ລາຍເຊັນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ	ວັນທີ
------------------------	-------	----------------------	-------